



初診問診票 (不妊・不育患者様用)

神奈川レディースクリニック

※この欄には記入しないで下さい。

フリガナ	生年月日		身長	cm
お名前	様	昭・平	年	月
			日	
		(オ)	体重
				kg
ご住所	〒 -			ご職業
電話番号	ご自宅	携帯電話	緊急連絡先	
	Email :			

紹介状： 有り 無し

[本人のみ 夫婦]

問診担当者：

日時： 年 月 日
(時 分 ~ 時 分)

BMI：

※当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーの尊重・保護に努めております。よって、治療目的以外では使用しないことをお約束いたします。

※お預かりいたしました電話番号に 当院の病院名を告げて連絡を差し上げてもよろしいでしょうか？
(はい ・ いいえ)

(1) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください。

(該当する番号に○をつけてください 複数回答可)

- ① 一般不妊検査 ② タイミング指導 ③ 人工授精 ④ 体外受精
⑤ 不育症 ⑥ セカンドオピニオン ⑦ その他 ()

※特に強くご希望されることがあったらお書き下さい。

(2) 結婚歴についてお答えください。

結婚年齢 _____ 才 結婚 (西暦 _____ 年 _____ 月)

*入籍されていない場合 [婚約中 ・ 事実婚(同棲中) ・ 未婚]

※離婚歴 (なし ・ あり)

(3) 不妊期間はどのくらいですか？ (_____ 年 _____ ヶ月)

・ 避妊期間はありましたか？ 特にない ・ ある (約 _____ 年間)

・ 現在の性生活は ... ?

一ヶ月の性交回数 (約 _____ 回) sex less ・ 夫の長期不在

性交痛の有無 (なし ・ あり)

(4) いままでの月経についてお答えください。

・ 最終月経 (_____ 月 _____ 日より _____ 日間)

・ 月経は・・・ ほぼ順調 (_____ 日型) ・ 不順 ・ 無月経

・ 月経痛は・・・ 強 ・ 中 ・ 弱

— 治療について —

・タイミング指導 (回) ・人工授精 (回) ・体外受精 (回)

※体外受精ご経験の方は別紙【体外受精の患者様用問診表】にも詳細をご記入ください。

(12) ご主人様について 伺います。

フリガナ		生年月日	身長 cm
お名前	様	昭・平 年 月 日 (才)	体重 kg
ご職業 (仕事内容など)			
※ 離婚歴について ・ない ・ある		嗜好品について ・お酒: 飲む (少 ・ 多) ・飲まない ・たばこ: 吸う (本/日) ・吸わない	
既往歴 (大きな病気・手術など)		服用中の薬・サプリメントなど	

(13) いままでに、不育症の検査・治療を受けたことがありますか？

(ある ・ ない)

ある方は わかる範囲で内容をご記入ください。

[]

不妊カウンセリング

培養士外来